

З ДОСВІДУ РОБОТИ

УДК 616.321-006.6-08

© Б. І. ШУМКО, Л. Я. ФЕДОНЮК¹, В. П. УНГУРЯНБуковинський державний медичний університет
ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"¹

Аналіз результатів лікування раку гортаноглотки

B. I. SHUMKO, L. YA. FEDONYUK¹, V. P. UNGURIANBukovynian State Medical University
SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine"¹

ANALYSIS OF TREATMENT OF CANCER OF HYPOPHARYNX

Дворічний аналіз результатів лікування хворих на злоякісні новоутворення гортаноглотки, які перебували на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2011–2012 рр. з цитологічно або гістологічно підтвердженим діагнозом, вказує на підвищення ефективності комплексного хіміопроменевого лікування за наведеними схемами порівняно з самостійним променевим лікуванням.

A two-year analysis results of treatment patients with malignant neoplasm of hypopharynx, who were treated at the Surgical Department № 3 of Chernivtsi Regional Clinical Oncology Center during 2011–2012 years with histologically or cytologically confirmed diagnosis, indicates to the increase effect of complex chemoradiotherapy under the sheme compared with independent radiation treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Рак гортаноглотки – найбільш тяжка і прогностично несприятлива форма раку, для якої характерна неспецифічність ранніх клінічних проявів, складність анатомо-топографічної будови, розповсюдженість ураження, висока частота регіонарного метастазування, низька ефективність вживаних методів лікування (Давыдов М. И., Норматович В. А., 2003).

Питома вага злоякісних пухлин гортаноглотки в структурі онкозахворювань залишається відносно високою – 1,3–2,6 %, а серед злоякісних пухлин ЛОР-органів – 10–16 %. Статистичні дані, що стосуються ЛОР-онкозахворювань в Україні, вказують на збільшення цієї онкопатології. Серед усіх відділів глотки її нижній поверх уражається в 20–25 % (Пачес А. И., 2000). При такій частоті реєстрації випадків захворюваності не зменшується інтерес до вдосконалення способів лікування раку гортаноглотки. Цьому сприяють і низькі показники виживання хворих з даною локалізацією раку – 5-річне виживання, за даними більшості авторів, констатується не більш ніж у 30 % хворих.

Нерідко анамнез буває обтяжений серйозними супутніми захворюваннями, які зустрічаються переважно у пацієнтів, старших 60 років, і зумовлені віковими змінами дихальної, серцево-судинної систем (емфізема легень, пневмосклероз, кардіоскле-

роз). При обстеженні у хворих виявляють функціональні зміни дихальної (у 75 % випадків), серцево-судинної систем (у 68 % випадків), запальні явища, викликані різною патогенною флорою (у 58 % випадків).

Мета роботи: провівши дворічний аналіз результатів лікування хворих на злоякісні новоутворення гортаноглотки, поділитись досвідом, як можна отримати кращі результати шляхом використання різних схем хіміотерапії та променевого лікування без хірургічного втручання.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 65 хворих зі злоякісними новоутвореннями гортаноглотки, які перебували на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2011–2012 рр. У всіх хворих діагноз був підтверджений результатами цитологічного або гістологічного дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами узагальнено результати лікування 65 хворих (57 чоловіків і 8 жінок) на рак гортаноглотки. Абсолютна більшість пацієнтів була старша 40 років.

При огляді хворих передусім ретельно збирали анамнез і аналізували скарги. Для оцінки розмірів і форми росту новоутворення застосовували огляд

(пряма, непряма фарингоскопія) і пальпацію, яка у ряді випадків більш інформативна і дозволяє оцінити пухлину в трьох вимірах. У кожному випадку обов'язково проводили щепцеву біопсію новоутворення, а за наявності збільшених лімфатичних вузлів у зонах регіонарного метастазування – пункційну біопсію. Для визначення ступеня поширеності новоутворення, при плануванні тактики майбутнього лікування, застосовували комп'ютерну томографію (в основних групах досліджуваних об'єктів).

У результаті комплексного обстеження хворих на рак гортаноглотки встановлено розповсюдженість ураження, яка згідно з Міжнародною класифікацією злоякісних пухлин визначена як $T_2N_0M_0$ в 16, $T_3N_0M_0$ в 38, $T_4N_0M_0$ в 11 спостереженнях. Більшість пацієнтів (98,5 %) прийнято на лікування з розповсюдженими ураженнями. Серед них метастази в регіонарні лімфатичні вузли ший виявлено в 68,8 % хворих, що свідчить про високу агресивність пухлин цієї локалізації. Основною локалізацією пухлин був грушоподібний синус – 85,9 % спостережень. Значно рідше заперснеподібна ділянка – 12,1 % пацієнтів і вкрай рідко – задня стінка гортаноглотки – 2 % хворих. За гістологічною будовою хворих на рак гортаноглотки розподілили таким чином: плоскоклітинний зроговілий рак – у 51 % пацієнтів, плоскоклітинний незроговілий рак – у 29,7 % хворих, недиференційований рак – у 7,1 % осіб, рак без вказівки диференціювання – у 12,1 %.

Всі хворі отримували 2–3 курси комбінованої хіміотерапії за трьома схемами: PF, PFB і CPFB. У схему PF включали внутрішньовенне введення препарату цисплатин – 100 мг/м² в 1-й день введення на фоні гіпергідратації. Введення 5-фторурацилу здійснювали в дозі 800–1000 мг/м² в 1–5-й дні. При використанні схеми PFB пацієнтам, окрім цисплатину, 5-фторурацилу у вказаних вище дозах, вводили в 1–3-й дні блеоміцин по 5–7,5 мг/м². Схема CPFB включала, окрім цисплатину в дозі до 30 мг/м² в 1-й день курсу, внутрішньовенне введення карбоплатину в дозі до 120 мг/м². Оцінку ефективності результатів хіміотерапії у пацієнтів із раком гортаноглотки проводили за допомогою непрямой фарингоскопії, УЗД та КТ органів ший.

У процесі проведення комбінованої хіміотерапії у хворих на рак гортаноглотки відмічено побічні прояви II ступеня, що потребували корекції: лейкопенія – в 37,3 % пацієнтів, тромбоцитопенія – в 34,3 % хворих, нефротоксичність – в 16,4 % осіб. Рідше мали місце діарея (4,5 %), стоматит (4,5 %), підвищення температури до 38 °C (7,5 %). У ряді спостережень виникли ускладнення (III ступеня), які потребували активного симптоматичного ліку-

вання і відстрочки лікування. Найчастіше був відмічений гіпертонічний криз (10,4 %), флебіт периферичних вен (до 8,9 %), ниркова і печінкова недостатність (6 %). Побічних явищ хіміопрепаратів IV ступеня ми не спостерігали. Всі побічні прояви й ускладнення не були причиною для припинення лікування, але дози препаратів, що вводили, були зменшені. Лікування побічних явищ і ускладнень проводили за загальноприйнятими методиками. Створювалося враження про переважну регресію пухлини після першого курсу комбінованої хіміотерапії і про меншу ефективність подальших курсів лікування. Достовірно ефективно зменшувалася первинна пухлина та уражені регіонарні лімфатичні вузли ший.

Через 3–5 днів після проведення курсу хіміотерапії, при задовільних показниках периферичної крові, починали проведення курсу дистанційної гамматерапії за радикальною програмою. Проведення хіміопроменевої терапії обов'язково супроводжувалось призначенням імунокорегувальних препаратів.

Променеву терапію у досліджуваних хворих проводили на гамматерапевтичній установці "Агат" із врахуванням індивідуальної чутливості організму досліджуваних пацієнтів з разовою вогнищевою дозою 1,5–2,5 Гр п'ять разів на тиждень. Сумарна вогнищева доза (СВД) становила (залежно від структури пухлини та локалізації) 55–65 Гр, яка поділяється на два приблизно однакових за дозами періоди з перервою між ними у 2–3 тижні. За наявності регіонарних метастазів проводили опромінювання зон регіонарного метастазування. Опромінювання проводили з двох бічних протилежних полів, що захоплюють первинне вогнище пухлини і лімфатичні вузли верхньої і середньої третини ший, підборіддя. Розміри полів відповідали запланованому об'єму опромінювання, який залежав від поширеності пухлинного процесу та наявності метастазів у лімфатичних вузлах. Для опромінювання лімфатичних вузлів нижньої третини ший і надключичної ділянки застосовували переднє шийно-надключичне поле. Ефект лікування на кожному етапі оцінювали за результатами комплексного обстеження. Для остаточної оцінки результатів хіміопроменевого лікування комплексне обстеження пацієнтів повторювали через 2 міс. після закінчення лікувальних заходів.

Висновки. 1. Проведене хворим комплексне протипухлинне хіміопроменеве лікування за наведеними схемами є ефективнішим порівняно з використанням хіміо- та променевої терапії як самостійних методів лікування.

2. Запропоновані схеми лікування зменшують розміри метастазів та збільшують їх рухливість, що покращує умови подальшого хірургічного лікування метастатичного процесу і сприяє виживанню хворих у цілому.

Перспективи подальших досліджень. Не викликає сумнівів необхідність аналізу подальших результатів лікування з використанням різних схем хіміотерапії у комбінації з променевим лікуванням, що дасть змогу поліпшити лікувальну тактику та прогноз захворювання.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. – М. : Мед., 2000. – 480 с.
2. Давыдов М. И. Новые подходы в комбинированном лечении рака / М. И. Давыдов, В. А. Норматович. – М. : Мед., 2005. – 220 с.
3. К вопросу о тактике комбинированного лечения больных злокачественными опухолями верхних дыхательных путей / С. М. Соколенко, В. В. Березнюк, С. Н. Тымчук [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2000. – № 6. – С. 59.

Отримано 15.05.13